Sprawozdanie roczne z ruchu chorych w oddziale okulistycznym prof. Rydla przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie z roku 1887—88.

Podał

Dr. Franciszek Sroczyński,
b. sekundaryjusz oddziału.

Przed rokiem jeszcze posiadała Galicyja dwa tylko zakłady dla chorób ocznych: krakowską klinikę uniwersytecką z 24 łóżkami i oddział okulistyczny w szpitalu powszechnym we Lwowie z około 70 łóżkami, razem około 94 łóżek na kraj z ludnością przeszło 6 milijonów mieszkańców przy 11½% żydów, którzy, jak wiadomo, dostarczają stosunkowo najliczniajszego kontyngensu chorób ocznych. Toteż przy zwiększającym się z roku na rok ruchu chorych w klinice okul. w Krakowie (obecnie do 3000 rocznie wraz z poliklinika) przyszło do tego, że z wielu powołanych do przyjęcia skąpa tylko ilość mogła być wybraną, a wielu wybranych musiało leżeć na ziemi dla braku łóżek. Ponieważ przeważna część materyjału operacyjnego z kraju ściąga do kliniki okul. krakowskiéj, stanowiąc przeważną liczbę przyjętych, przeto łatwo pojąć, że dla masy owych nieszczęśliwych, dotkniętych chorobami chronicznemi, jak jaglicą i t. d., nieraz z ciężkiemi powikłaniami, miejsca być nie mogło. Stawali się więc oni balastem dla ambulatoryjum, z którego nieraz, jużto dla niemożności codziennego uczęszczania, jużtéż i to głównie dla opłakanych warunków higijenicznych, wśród których żyć i mimo choroby pracować zmuszeni, małą odnosili ko-

rzyść. Gorszy jeszcze los spotykał tych chorych, którzy zgłaszali się w ciągu feryj uniwersyteckich, z tych bowiem żaden przyjętym być nie mógł.

Brakom tym, dzięki nieznużonym staraniom prof. Rydla, popartym przez Wydział lekarski, postanowił wreszcie Wydział krajowy zaradzić, otwierając z dniem 1 lipca 1887 r. oddział okul. w szpitalu św. Łazarza.

Skromniejszy niż jego tytuł, oddział ten na początek pomieszczonym został w 2 salach suterenowych i otrzymał 14 łóżek. Brak odpowiedniego światła w tym lokalu kazał z góry ograniczyć rodzaj przyjmowanych chorych do przypadków niewymagających operacyjnego leczenia, co téż do pewnego stopnia odpowiada istotnéj potrzebie, klinika bowiem absorbuje w zupełności materyjał operacyjny. Wyjątkowo zaś z powodu innéj jakiejś komplikacyi zakwalifikowane na oddział przypadki przenoszone bywają, celem dokonania operacyi, na klinikę okulistyczną.

Że nawet wśród takich warunków oddział ten jest instytucyją pożyteczną a nawet niezbędną, niech pouczą następujące daty.

W ciągu tego pierwszego roku istnienia leczono ogółem 181 chorych (106 męż., 72 kob.) Z tych wyszło uleczonych 109 (65 męż., 42 kob.), z polepszeniem wypuszczono 45 (25 męż., 20 kob.), nieuleczonych wyszło 9 (6 męż., 3 kob.). Do kliniki przeniesiono dla wykonania operacyi 6, dla komplikujących chorób zakaźnych (2 razy odra., raz tyfus brzuszny i raz płonica) przeniesiono na oddział chorób wewnętrznych 4. Pozostało w leczeniu na lipiec 1888 r. chorych 8. Dni leczenia było 4481, średni więc czas leczenia wynosił 24·75 dni.

Tabliczka następująca podaje ilość przypadków według zajętych główną chorobą narządów:

Conjunctiva	69
Cornea	52
Camera ant. (*Corpus alienum*) .	1
Uvea	22
Lens	1
Glaucoma	2
Nervus opt. et retina	5
Bulbus (*Corpus alienum*) . . .	1
Musculi	1
Palpebrae	1
Organa lacrymalia	5
Orbita	3

Do liczb tych dodać jeszcze należy 16 chorych przeniesionych z kliniki po ekstrakcyi zaćmy i 2 po irydektomii, którzy potrzebowali jeszcze opieki lekarskiéj, a którzy wykazem powyższym nie są objęci.

W rzędzie chorób leczonych pierwsze miejsce pod względem liczbowym, bo w 51 przypadkach, zajmowała jaglica przewlekła i to, prócz dwu przypadków jaglicy czysto spojówkowéj, jaglica powikłana bądźto z cierpieniami rogówki, bądź téż i tęczówki, a nawet ciałka rzęskowego. Zmiany dotyczyły w znacznéj większości przypadków obu ócz, tylko w 4 jedno oko było zajętém. Z powikłań najczęstszemi (48 razy) były cierpienia rogówki, wśród tych zaś najczęściéj, bo 28 razy, występowała łuszczka, rzadziéj wrzody rogówki (w liczbie 10), z których 6 było ropnych a 4 nadbrzeżne „kataralne“. W 2 przypadkach wreszcie wywołała jaglica naciek ropny w rogówce bez rozpadu. Z powikłań tęczówkowych wspomnieć należy 2 przypadki zapalenia tęczówki ropnego i 1 przypadek opadnięcia tęczówki po przebiciu wrzodu. W 2 przypadkach w następstwie wrzodów ropnych rogówki przyłączyła się *iridocyclitis*. Z powikłań powiekowych stulejka powiekowa (*blepharophimosis*) u 5 chorych dała powód do tyluż obustronnych kantoplastyk. Powikłań mniéj ważnych, lub niebędących przedmiotem leczenia, nie wymieniamy.

Z 4 przypadków ostréj jaglicy 2 dotyczyły jednego tylko oka, podczas gdy drugie okazywało zmiany jaglicy przewlekłéj. Jako komplikacyje istniały u 3 chorych wrzody ropne rogówki, u jednego nadto następowe ropne zapalenie tęczówki.

W leczeniu jaglicy chronicznéj staraliśmy się zastósować wszelkie niemal nowsze sposoby, z wyjątkiem galwanokaustyki i wycinania. Ponieważ doświadczenia nasze nad korzyściami tych poszczególnych metod mam zamiar na innén miejscu zestawić, dodam tu tylko ogólnie, że najlepsze wyniki osiągaliśmy po wygniataniu, które jednak, jak wiadomo, w ograniczonéj tylko liczbie przypadków da się zastosować.

W wykazie naszym dość wysoką cyfrę przedstawiają zapalenia i wrzody ropne rogówki, niebędące następstwem cierpień spojówkowych. Co do téj pierwszéj grupy, „*keratitis suppurativa*“, to na 8 leczonych przypadków należało jako przyczynę cierpienia uznać w 4 ogólną dyskrazyję zołzową, w 1 uraz (uderzenie rogiem krowy), w 3 przyczyna wykazać się nie dała. Klasycznéj formy „*ulcus hypopyon*“ leczono 8 przypadków, tu jako przyczynę zdołano wykazać

w 3 uraz, w 3 śluzotok woreczka łzowego, w 2 przyczyna pozostała niejasną, jakkolwiek i tu z rodzaju zajęcia chorych (żniwiarka i robotnik zajęty łupaniem kamieni) domyślać się można było urazu, którego chorzy nie zauważyli. Wszystkim tym przypadkom towarzyszyło zapalenie ropne tęczówki prócz jednego, gdzie wcześnie stósowane leczenie do tego nie dopuściło.

Leczenie prawie bez wyjątku polegało na pilném przepłukiwaniu przyjętym dziś powszechnie rozczynem sublimatu 2°/₀₀₀, stosowaniu okładów ciepłych i atropinu, względnie pilokarpinu, naturalnie obok uwzględnienia wskazań przyczynowych, jak cierpienia woreczka i przewodu łzowego itd. Wyniki były tak zadowalające i szybkie, że tylko raz jedyny musiano uciec się do paracentezy przedniéj komórki z powodu zebrania się znaczniejszéj ilości wypociny. W innym wreszcie przypadku, który dla małéj rozległości nacieku nadawał się do wypalenia, zastosowano galwanokauter, wypalając dokładnie poza postępującą obrączką zapalną, poczem ubytek szybko się zabliźnił z pozostawieniem małéj dość przeźroczystéj plamki.

Gdzie po przebiciu wrzodów ropnych rogówki przyszło do wypadnięcia tęczówki, staraliśmy się pilném zapuszczaniem pilokarpinu i zastósowaniem opaski sprowadzić zabliźnienie płaskie, co téż na 6 przypadków udało nam się w 5 w zupełności, prócz jednego, gdzie z powodu zropienia $^3/_4$ części rogówki z góry już o to kusić się nie można było.

Jak nieocenioném, w świeżych zwłaszcza przypadkach, może być tu działanie pikrokarpinu, niech pouczy następujący przypadek:

17-letni wyrobnik P. S., zgłosił się 30 stycznia b. r. z powodu choroby obu ócz, dobrowolnie powstałéj, a któréj pierwsze początki zauważył przed 10 dniami. Indywiduum dobrze odżywione, ale wyraźnie skrofuliczne, okazało w dniu przyjęcia następujący stan oczu: Powieki obu ócz miernie obrzękłe, na brzegu rzęsowym zgrubiałe i zaczerwienione. Spojówki powiek przekrwione, gałkowe również silnie nastrzykane z przewagą atoli nastrzykania rzęskowego. W dolnowewnętrznym kwadrancie rogówki prawéj w odległości około 2 mm. od brzegu naciek szary, do którego dochodzą naczynia, a w którego środku tkwi opadła tęczówka wielkości dobrego ziarnka prosa. Komórka przodkowa wypróżniona, źrenica owalna, pociągnięta ku miejscu przebicia rogówki. Oko lewe okazywało zmiany podobne z tą różnicą, że tu opadnięcie tęczówki dochodziło wielkości ziarna siemienia i było wi-

docznie dawniejsze, jak się to okazywało z szarego nalotu na powierzchni opadłéj tęczówki. Zarządzono obok przepłukiwania rozczynem sublimatu, opaski i środka czyszczącego, zapuszczanie pilokarpinu co 2 godziny. Dnia następnego komórka przednia, jakkolwiek płytka, była już przywrócona na obu oczach, zresztą stan się nie zmienił, prócz może lekkiego przypłaszczenia się opadnięcia tęczówki po stronie lewéj. Ale już w dwa dni późniéj, a więc w 3 dniu po zgłoszeniu się, znaleziono na oku prawém komórkę głęboką, tęczówkę zupełnie wycofaną z obrębu wrzodu, na dowód czego źrenica kurczowo ściągnięta przybrała postać dokładnie okrągłą i położenie środkowe. Wydęcie tęczówki na oku lewém w ciągu następnych trzech tygodni ustąpiło miejsca zupełnie płaskiemu zabliźnieniu się.

Mieliśmy więc przed sobą jeden z tych rzadkich przypadków zupełnego wycofania się tęczówki opadłéj w otwór wrzodu, co bez wątpienia jedynie energicznemu zapuszczaniu pilokarpinu zawdzięczyć należało. Drugi podobny przypadek nasunął nam się w lipcu b. r., który jednak jako prawie nieróżniący się od powyższego, a nienależący do czasu objętego niniejszém sprawozdaniem, musimy tu tylko ogólnie zaznaczyć.

Z rzadszych form chorobowych rogówki mieliśmy sposobność przez dłuższy czas obserwować 1 przypadek zapalenia rogówki skutkiem porażenia nerwu troistego (*keratitis neuroparalytica*), który tu raz dla rzadkości saméj choroby, a więcéj jeszcze z powodu uwag, nasuwających się z jego przebiegu, podajemy w całości.

Józef Stanek 16-letni wyrobnik wiejski, zgłosił się do oddziału w październiku z. r. z powodu zapalenia i zasłaniania wzroku na oku prawém. Z dość bałamutnych podań chorego tyle tylko można było dowiedzieć się, że od 7 tygodni cierpiał na silne bóle głowy, poczém w czas jakiś począł podwójnie widzieć, a od 4 tygodni wzrok na oku prawém uległ stopniowemu pogarszaniu się.

Przy badaniu chorego źle odżywionego, zresztą jednak zdrowego, znaleziono co następuje: Gałka oczna prawa zbacza przy patrzeniu wprost nieco ku wewnątrz, odpowiednio temu ruch ku zewnątrz znacznie upośledzony. Stan spojówki powiekowéj prawidłowy. Spojówka gałki pokryta silnie rozszerzonemi naczyniami, na dotykanie równie jak rogówka nieczuła. Ta ostatnia w całości aż po wąski na $^1/_2$ mm. pasek od góry szaro zaćmiona, tak, że po za nią tęczówka i źrenica zupełnie niewidoczne. Powierzchnia jéj pozbawiona

połysku, lekko nierówna, nie okazuje jednak nigdzie utraty istoty. Porównywając wszakże przy oświetleniu ogniskowém poziom części zaćmionéj z wspomnianym paskiem od góry, widzi się, że część ta pozbawioną jest przybłonka, z powodu czego przejście zaznacza się w postaci ostréj schodkowatéj linii, równoległéj do górnego brzegu rogówki. Skóra na powiekach, czole i górnéj połowie twarzy po stronie prawéj na ukłucia szpilki nieczuła. W obec takiego stanu nie ulegało wątpliwości, że mieliśmy przed sobą zapalenie rogówki skutkiem porażenia czuciowych gałęzi nerwu troistego. Uwzględniając zaś obok tego istniejące porażenie nerwu odwodzącego (*n. abducens*) trzeba było przypuścić, że przyczyną porażenia jest ognisko na podstawie czaszki i to w tém miejscu, gdzie tylny korzeń nerwu troistego, względnie jego ciąg dalszy, krzyżuje się z nerwem odwodzącym, a więc w najbliższém sąsiedztwie zwoju Gassera. Do określenia natury ogniska tego nie mieliśmy żadnych danych.

Leczenie polegało na przepłukiwaniu oka sublimatem, zapuszczaniu atropinu, założeniu opaski i wewnętrznėm używaniu jodku sodu. W dalszym przebiegu poczęła się rogówka od górnego i dolnego brzegu unaczyniać, zarazem jednak w dolnéj swéj połowie wyraźnie wydymać, tak, że po przez znacznie ścieńczałą rogówkę przezierać zaczęła ciemniejsza tęczówka. Zastąpiono atropin pilokarpinem, zresztą leczenie powyższe. Mimo to w dwa dni późniéj, tj. 18 dnia od wstąpienia do zakładu, część wydęta spłaszczyła się nagle, a napięcie gałki znaleziono znacznie zmniejszoném i przebicie rogówki nastąpiło mimo opaski i pilokarpinu. Objawy porażne w niczém się nie zmieniły. Chory na życzenie rodziny opuścił oddział, a dalszéj wiadomości o nim nie mieliśmy.

Przypadek ten, jak z powyższego wynika, nie mógłby służyć na poparcie teoryi traumatycznéj Snellena, według któréj postać ta cierpienia rogówki ma być tylko następstwem działania mechanicznych czynników na oko, pozbawione skutkiem utraty czucia swéj naturalnéj ochrony w odruchu powiekowym. Jak się to okazuje z opisu, rogówka nie przedstawiała wrzodu ropnego ani ropnia, z którym tę postać chorobową zwolennicy Snellena identyfikują, była ona tylko pozbawiona przybłonka i ogólnie ścieńczała. Dalszy przebieg również nie mógłby przemawiać na korzyść teoryi traumatycznéj, kiedy bowiem zwolennicy téj ostatniéj kładą nacisk na swoje spostrzeżenia, że opaska ochronna powstrzymuje w biegu swoim już rozwinięte zapalenie w następstwie porażenia nerwu troistego, a nawet szybką sprowadza regresyję, to w naszym przy-

padku nie tylko sprawa wstrzymaną nie została, ale ścieńczenie rogówki postępowało mimo opaski ochronnéj i bez żadnego nacieku ropnego doprowadziło do przebicia. Jakkolwiekby określić stan rogówki w powyższym przypadku, nazwać go powolną atrofią czy nekrozą, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że nie byłoto zwykłe ropne zapalenie z rzędu tych, które występują po urazach, że więc teoryja neurotroficzna byłaby tu więcéj na miejscu. Wprawdzie po znanych doświadczeniach Snellena i Rosowa, którzy przeszywając ucho królika przed okiem znieczuloném po przecięciu nerwu troistego, zapobiegali zapaleniu rogówki, wiara w tę teoryję została mocno zachwianą, to przecież późniejsze doświadczenia Meissnera i Schiffa, w których po częściowém przecięciu n. troistego, mimo, że znieczulenie spojówek i rogówki nie nastąpiło, zapalenie rogówki jednak występowało, przemawiają nie dwuznacznie na jéj korzyść.

Może i nasz przypadek, jakkolwiek jest on tylko prostém spostrzeżeniem przy łóżku chorego, zaliczyćby tu należało.

Na rubrykę chorób jagodówki złożyły się przeważnie cierpienia saméj tęczówki, z tych 5 razy *iritis* samoistna, a to 3 razy jako zapalenie na tle kiły, raz jako zapalenie ropne z nieznanéj przyczyny i raz jako następstwo rzeżączki, zresztą byłyto opadnięcia tęczówki, skutkiem przebicia wrzodów rogówki. Ciałko rzęskowe zajętém było w 3 przypadkach jako komplikacyja *iritis* na tle kiły i w 2 pierwotnie jako następstwo wydobycia pętlą Weberowską zaćmy skomplikowanéj z rozpływem ciałka szklanego. Chorób naczyniówki saméj, wszystko *chorioiditis disseminata*, leczono pięć przypadków.

Z działu cierpień siatkówki i nerwu wzrokowego leczono 1 przypadek oderwania siatkówki, 1 zapalenia nerwu wzrokowego i 3 zapalenia siatkówki wraz z nerwem wzrokowym na podstawie kiły. Jeden z tych ostatnich przypadków skomplikowany z zapaleniem naczyniówki zasługuje jako przyczynek terapeutyczny ze wszech miar na przytoczenie.

M. G. izraelita lat 36 liczący, prócz krótkiego od dziecięctwa wzroku na oczy nigdy dawniéj nie chorował. Z bliska widział dobrze aż do marca 1888 r., w którymto miesiącu począł mu wzrok mgłą zachodzić naprzód na oku lewém, w miesiąc zaś potém i na prawém. Równocześnie poczęły nękać chorego podmiotowe uczucia światła w postaci błysków, czerwonego widzenia i t. d. Bliższe wywiady co do przebytych chorób ogólnych wykazały, że przed 2 laty przebył infekcyję kiłową, co téż zgadzało się z obecnością blizny bia-

ławej na skórze prącia i z lekkiém jeszcze obrzmieniem gruczołów w pachwinie i na karku.

W dniu przyjęcia 2/VI znaleziono stan następujący: Gałki oczne wyraźnie wydłużone, komórki przednie głębokie, źrenice szerokie, oddziaływają.

V pr. ok. liczy palce na 0·5 m.; szkła nie poprawiają
l. ok. = $^1/_{60}$ za pomocą — $^1/_4$ czyta J. Nr. 4.

Badanie wziernikowe wykazało: Środki łamiące czyste, myopia = 8 D. na prawém, 10 D. na lewém oku. Tarcza nerwu wzrokowego prawego silnie zamglona, pozbawiona połysku, granice jéj przechodzą bez wyraźnego odgraniczenia w siatkówkę znacznie zaćmioną, od zewnątrz mały stożek; żyły siatkówkowe grube miejscami, miejscami przysłonięte, dokoła tarczy brudno-żółtawe plamy. Podobne ogniska rozsiane w okolicy równika, tylko rozleglejsze i bardziéj nasycone. Oko lewe okazywało tarczę w niższym stopniu zamgloną, naczynia nieco cieńsze niż na oku prawém, siatkówkę lekko zaćmioną. Na obwodzie dna oka ogniska jak w oku prawém, niektóre z nich obrąbione barwikiem. W pobliżu plamki żółtéj ognisko otoczone pierścieniem barwikowym.

Zarządzono wcierania *ungn. cin.* i środek czyszczący. Po 11 wcieraniach stan w niczém się nie zmienił tak co do bystrości wzroku, jak i obrazu wziernikowego. Po dalszych 9, a więc ogółem po 20 wcieraniach, znaleziono d. 21. VI:

V pr. ok. palce niepewnie na 1 m. za pomocą — $^1/_5$
l. ok. jak wyżéj.

Wziernikiem w tym czasie nie badano, aby nie narażać chorego na działanie zbytniego światła. Polecono *natrum jodatum* 8·00:200·00 po 2 łyżki dziennie obok dalszego stósowania wcierań. Badanie w dwa dni późniéj wykazało zmianę zdumiewającą. Oto bystrość wzroku na oku prawém podniosła się nagle do $^6/_{60}$ przy — $^1/_5$ i odtąd z dnia na dzień widocznie się poprawiała, tak, że 26/VI, a więc w szóstym dniu używania NaJ wynosiła już $^6/_{24}$, a chory, który dawniéj okiem tém najgrubszych numerów Jaegera nie rozpoznawał, czytał teraz biegle Nr. I. Wziernikiem wykazać można było lepsze odgraniczenie tarczy, mniejsze wypełnienie żył siatkówkowych i znaczne oczyszczenie się ognisk naczyniówkowych. Bystrość wzroku oka lewego nie uległa żadnéj zmianie, jakkolwiek obraz wziernikowy i tu znacznie się poprawił, co tłómaczyło się dostatecznie ogniskiem zanikowém naczyniówki w okolicy plamki żółtéj.

Czy tę nagłą i znaczną poprawę występującą tak bezpośrednio po podaniu NaJ obok téj saméj zresztą terapii,

która w ciągu 20 dni prawie że nie okazuje żadnego skutku, przypisać połączonemu działaniu NaJ z wcieraniami, czy też przypuścić niezależne od podania tego środka działanie samych wcierań, tego na podstawie jednego przypadku rozstrzygnąć nie ośmielamy się. Teoretycznie jednak sądząc, z ostatnią możliwością mniejby się liczyć wypadało w obec faktu, nieulegającego dziś wątpliwości, że sole jodu przyspieszają wywóz rtęci z organizmu. Czyby zaś na odwrót na podstawie ostatniego faktu przypuścić nie można, że Na J uwalniając rtęć z jéj połączeń białkowatych, pozwala jéj działać „*in statu nascenti*“ energiczniéj na ustrój, tego tém bardziéj rozstrzygać nie myślę, że i co do zasadniczéj kwestyi „*post* czy *propter*“ pewności bezwzględnéj mieć nie mogłem.

W każdym razie doświadczenia dalsze w téj mierze byłyby bardzo na miejscu, a od prób tych nie powinnaby odstraszać obawa przed „*furunculosis*“, o któréj wspomina Nothnagel w swym podręczniku farmakologii, przy utrzymywaniu bowiem czystości skóry przez częste kąpiele możnaby tego uniknąć, co téż w naszym przypadku miało miejsce.

Nie chcąc przekraczać szczupłych granic tego sprawo zdania, kończymy na tém nasze spostrzeżenia, a zarazem i to pierwsze sprawozdanie, żywiąc nadzieję, że Wydział krajowy, uznawszy raz potrzebę oddziału okulistycznego w Krakowie, nie pozostawi go na dotychczasowym stopniu, ale powiększy go i wyposaży zgodnie z wzmagającą się potrzebą ludności.

Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“ 1888. Nr. 38.

Kraków. 1888. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.